Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Königsberg.
Direktor: Professor Dr. Kirschner.

Ueber Cysten im Oberkiefer.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

hohen Medizinischen Fakultät der Albertus-Universität
zu Königsberg i. Pr.

vorgelegt von

Adolf Gottschalk
aus Gr. Steinort.

Referent: Professor Dr. Kirschner.

Marienburg Wpr.
Buchdruckerei Fritz Grossnick.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153309_0120

Zusammenfassung.

---

1. Ein Fall einer großen einkammerigen Kiefercyste, die in neunjährigem Wachstum den Kiefer einer 23jährigen Patientin allseitig aufgetrieben hat, bietet klinisch die Zeichen einer Zahncyste. Die histologische Untersuchung des Operationsmaterials zeigt das Vorliegen einer Ostitis fibrosa.

2. Dieser Fall ist wieder ein Beweis dafür, daß nicht alle Oberkiefercysten vom Zahnsystem ausgehen. Es kommen vielmehr am Oberkiefer fast alle am Knochensystem beobachteten Hohlraumbildungen vor. Es sind dies in erster Linie Erweichungscysten auf Grundlage:

I. von Tumoren (in der Hauptsache Sarkomen),

II. von Ostitis fibrosa, die nach der heutigen Anschauung nicht mehr als Krankheit sui generis aufgefaßt wird, sondern als Begleit- und Folgeerscheinung der verschiedensten Knochenerkrankungen — in betracht kommen allgemeine Skeletterkrankungen, wie Osteomalacie, Rhachitis, senile Osteoporose, Arthritis deformans, Möller-Barlow, sowie lokale Prozesse: traumatische Markblutung (besonders bei Hämophilie) und Kallusbildung —

III. von Tuberkulose (Voorhoeve) und Ostitis serosa (Schlange).

Naturgemäß ist — bei dem allgemein seltenen Vorkommen von Knochencysten — am Oberkiefer das Verhältnis dieser spontan entstehenden Cysten gering zu den vom Zahnsystem ausgehenden, die nach ihrer Entstehung in Wurzelcysten, Follikularcysten und Polykystome eingeteilt werden.

3. Pathologisch-anatomisch sind die Zahncysten durch den losen Zusammenhang mit der glatten Knochenwand, durch die lakunäre Knochenresorbtion, vor allem aber durch die fast immer nachweisbare Innenauskleidung mit mehrschichtigem Plattenepithel als primäre Cysten gekennzeichnet. Dieses Epithel fehlt naturgemäß bei den Erweichungscysten. Die Ostitis fibrosa zeigt — wie der beschriebene Fall auch — zell- und gefäßarmes fibröses Gewebe mit kleinen Spindel- und Sternzellen, Osteoklasten oder Riesenzellen, Einlagerung von Knochenbälkchen mit spärlicher lakunärer Resorbtion, in der Hauptsache Osteoid, geringe Aufbauprozesse. Die Cystenbildung ist abhängig von tumorartigen Gebilden, die Fibromen, Enchondromen oder auch Sarkomen ähneln, sich jedoch durch die Gleichmäßigkeit der Zellen und das Fehlen von Mitosen von echten Tumoren unterscheiden. Die Ostitis serosa ist durch die Kokkenbefunde, die Tuberkulose durch ihre typische Gewebsanordnung genügend gekennzeichnet.

4. Symptomatologisch zeigen alle diese Cysten nur geringe Unterschiede. Die Erscheinungen bestehen ebenso wie bei soliden Tumoren in Auftreibung, Neuralgien, Knochenschwund und ev. Pergamentknittern. Die Cystennatur ist, wenn nicht schon infolge Knochenusur

Fluktuation zu finden ist, durch die Diaphanoskopie und durch die Probepunktion, ev. durch das Röntgenbild leicht nachzuweisen — Kieferhöhlenempyeme verursachen keine Auftreibung. Die Natur der Cyste läßt sich mit Sicherheit nur durch histologische Untersuchung feststellen — allerdings sprechen Drüsenmetastasen von vornherein für Sarkom. Der Art der Vortreibung ist im allgemeinen keine Bedeutung beizumessen. Gebißanomalien oder kariöse Zähne weisen auf eine Zahncyste hin, sind jedoch — wie in unserem Falle auch — nicht beweisend. Cholestearin im Cysteninhalt gilt als pathognomonisch für die Zahncysten. Es sind jedoch auch Zahncysten ohne und andere Cysten mit Cholestearin beschrieben. Auch das Röntgenbild gibt keinen sicheren Anhalt.

5. Die Therapie ist, abgesehen von der der allgemeinen Skeletterkrankungen und der Tuberkulose, eine operative. Bei kleinen Zahncysten genügt die Herstellung einer Verbindung mit der Mundhöhle oder der Nase. Bei großen üben die einen dieselbe Therapie, die andern schälen den Cystenbalg mit aus. Eine Ostitis fibrosa kann nur durch restlose Ausschabung beseitigt werden. Da nun die Diagnose nicht immer sicher ist, so ist von vornherein die Ausschabung des Cystenbalges zu empfehlen, da man sich dadurch eine Probeexzision, bezw. eine eventuelle zweite Operation ersparen kann. Bei malignen Tumoren ist natürlich — wenn noch möglich — eine radikale Operation am Platze.

Die Arbeit kann im Original aus der Universitätsbibliothek entliehen werden.